

HEMOTORAX DE REPETICION EN EL CURSO DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA

T. Domínguez Platas, J. García Guerrero*, L.M. Entrenas Costa, J.M. Antona Gómez, J.M. Checa Pinilla, M. Arrobas Vaca** y F. Fuentes Otero.

*Médico residente. **Adjunto del Servicio de Nefrología.

Departamento de Medicina Interna. Sección de Neumología. Hospital Universitario Regional Infanta Cristina. Avda. de Elvas, s/n. 06080 BADAJOZ.

RESUMEN

Se presenta un caso de hemotórax de repetición en un paciente en programa de diálisis peritoneal ambulatoria (CAPD). Se descarta la posibilidad de procedencia peritoneal del líquido pleural, así como las causas más comunes de hemotórax utilizando toracoscopia y biopsia pleural. Se concluye, por exclusión, que se trata de una pleuritis urémica.

Palabras claves:

- Hemotórax
 - Derrame pleural en CAPD
 - Pleuritis urémica
-

ONE CASE OF RECURRENT HEMOTHORAX IN A PATIENT RECEIVING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS.

ABSTRACT

We report the case of a patient with recurrent hemothorax who receiving CAPD. By the performance of bilateral thoracoscopy and pleural biopsy, we exclude the peritoneal origin of pleural effusion and also the more common etiologies of the hemothorax. By exclusion we conclude that it was an uremic pleuritis.

Key words:

- Hemothorax
 - Pleural effusion in CAPD
 - Uremic pleuritis
-

INTRODUCCION

La aparición de un derrame pleural en el curso de la diálisis peritoneal es un hecho conocido, con una prevalencia cifrada entre el 1.6% y el 2.9%, acostumbrando a aparecer entre los 5 y 24 meses de iniciado el programa de diálisis⁽¹⁾. La toracocentesis en estos casos revela

la presencia de un líquido pleural con las mismas características del fluido de diálisis, fundamentalmente pobre en proteínas y con una glucosa muy superior a la sérica⁽¹⁻²⁾. Actualmente esta presencia de líquido pleural se achaca de modo irrefutable a comunicaciones transdiafragmáticas⁽²⁾, resolviéndose mediante paso del enfermo a programa de hemodiálisis⁽³⁾.

Sin embargo, la presencia de hemotórax en el curso de una CAPD es una situación bastante rara, fundamentalmente si no coincide con una patología peritoneal y/o sistémica que curse con hemorragia, habiéndose descrito pocos casos en la literatura⁽⁴⁻⁶⁾ que son atribuidos, generalmente, a pleuritis urémica.

Presentamos un caso de hemotórax de repetición, en un paciente tras 57 meses de CAPD y sin otra patología añadida a su insuficiencia renal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años de edad que fue fumador y bebedor moderado; antecedentes de paludismo, litiasis renal, diabetes mellitus no insulín dependiente y cardiopatía isquémica en tratamiento desde 1985. En Julio de 1986

se indica su inclusión en programa de CAPD, por una insuficiencia renal que se atribuye a la diabetes mellitus. En Mayo de 1991, y tras unos días de tos persistente, se detecta en la Rx de tórax un derrame pleural izquierdo sin otras alteraciones (Fig. 1), que no disminuyó a pesar de aumentar la ultrafiltración hasta rebajar en 3 Kg su peso seco; en ese momento el paciente se medicaba con amiodarona, hidróxido de aluminio, dipiridamol, mononitrato de isosorbide, complejo Vit. B, Vit. C y calcitriol. La exploración clínica mostraba semiología

de derramo pleural izquierdo sin otros hallazgos reseñables. Hemograma: Hematíes 4.400.000, Hb 8 gr, Hc 26%, VCM 74.6, Leuc 11.300 con fórmula normal y plaquetas 549.000. Bioquímica sanguínea: glucosa 130 mg/dl, proteínas totales 7.02 gr, proteinograma con hipergammaglobulinemia (23%), urea 145 mg/dl, creatinina 10.6 mg/dl, cloro 92.3 meq/l y amilasa 5 8 u/l con amilasuri a negativa; los test de coagulación fueron normales, el ECG basal no presentaba alteraciones y la gasometría arterial respirando aire ambiente pH 7.39, pCO₂ 41 mmHg, pO₂ 82 mmHg, EB 0, Sat 96%. En la ecografía abdominal no se encontraron alteraciones viscerales. Se procedió a una toracocentesis que mostró un líquido claramente hemorrágico con pH 7.35, Hc 18%, 1000 leuc/ml, proteínas 4.7 gr/dl, LDH 635 u/l, triglicéridos

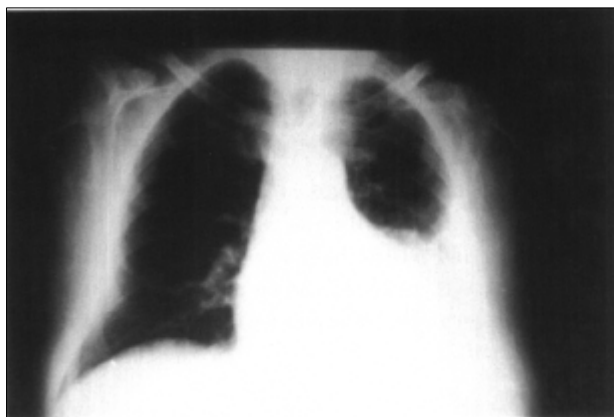


Fig.1 Rx de tórax en la que se aprecia un derrame pleural izquierdo sin otras alteraciones.

18 mg/dl, colesterol 48 mg/dl, glucosa 133 mg/dl y ADA 19 u/l; la citología fue informada como negativa para células neoplásicas; no se visualizaron gérmenes con la tinción de Gram ni hubo crecimiento en los medios de cultivo habituales. El fluido peritoneal no mostraba hematíes, < 10 leuc/ml, glucosa 325 mg/dl, proteínas 99 mg/dl y LDH 6 u/l.

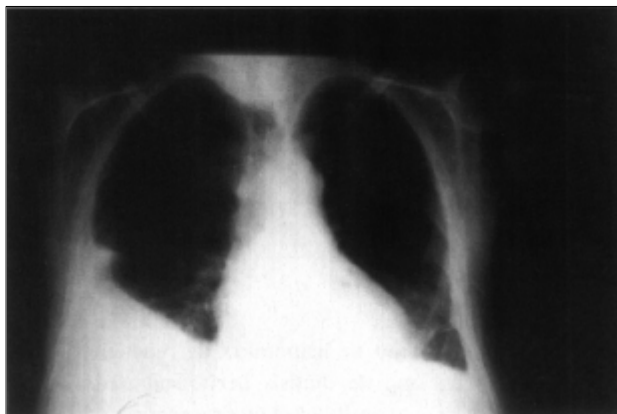


Fig.2 Rx de tórax PA en la que se aprecia un derrame pleural derecho; en el ángulo costofrénico izquierdo puede verse el engrosamiento pleural mínimo tras pleurodesis.

Se realizó una toracoscopia, en la que se visualizó una pleura ópticamente normal que fue biopsiada, decidiéndose en el mismo acto la pleurodesis química con talco. Labiopsia fue informada como una pleuritis crónica inespecífica.

En Agosto de 1991 acude el paciente refiriendo disnea a medianos esfuerzos de instauración progresiva; se realizó una Rx de tórax (Fig. 2), comprobándose la presencia de un derrame pleural derecho, sin otras alteraciones. La toracocentesis mostró un líquido de características similares a las descritas previamente. Las determinaciones sanguíneas de

hematología, bioquímica y el fluido peritoneal fueron superponibles a los previos. El ECG, la gasometría arterial y la ecografía abdominal vuelven a estar dentro de límites normales. En todo este tiempo el estudio cinético para transporte de urea y creatinina fue normal.

De nuevo se indica la realización de una toracoscopia para toma de biopsia pleural, ópticamente la pleura volvió a ser normal y presentó la misma lectura de anatomía patológica.

DISCUSION

Las causas más frecuentes de hemotórax son los traumatismos torácicos, yatrogenia instrumental, metástasis pleurales, tromboembolismo pulmonar y, en nuestro medio, TBC pleural. Otras etiologías menos comunes son tumores primitivos de la pleura, terapia anticoagulante, hemofilia, trombocitopenia, roturas vasculares y aneurismáticas, pancreatitis, pseudoquistes pancreáticos, endometriosis torácica, secuestro broncopulmonar y los derrames secundarios a situaciones de insuficiencia renal⁽⁶⁻⁷⁾.

La pleuritis urémica tiene una etiopatogenia desconocida. Patológicamente se describe como una pleuritis fibrinosa crónica; su aparición no guarda una relación directamente proporcional a las cifras séricas de urea y creatinina, y el líquido pleural presenta las características de un exudado que, a veces, es hemorrágico, siendo el diagnóstico definitivo por exclusión^(4-6,8).

En nuestro caso se presenta un derrame pleural que cumple los criterios de exudado hemático^(6,9) en un paciente que llevaba 5 años de CAPD y que mantiene una creatinina de

10,6 mg/dl y una urea de 145 mg/dl. Descartados los traumatismos torácicos y la yatrogenia instrumental, nuestros supuestos diagnósticos fueron: metástasis pleural de un carcinoma de origen desconocido, tromboembolismo pulmonar y TBC pleural. Previamente a la realización de la toracoscopia disponíamos de un ADA en líquido pleural de 19 u/l (en nuestro laboratorio se considera normal hasta 40 u/l) y no existía un ECG, una gasometría arterial o un estado hemodinámico y clínico que fuera compatible con un tromboembolismo pulmonar, por lo que el supuesto diagnóstico se redujo a una metástasis pleural, teniendo en cuenta que se descartaron las causas no comunes de hemotórax (excepto la pleuritis urémica), con los datos de que disponíamos. La visión óptica pleural que se obtuvo durante la toracoscopia desechó la posibilidad tumoral y de la TBC pleural, extremos que se confirmaron con el resultado de la biopsia.

El hecho de que el cuadro se repitiese con las mismas características y como única posibilidad etiológica del derrame la insuficiencia renal crónica del paciente, junto con la biopsia y determinaciones bioquímicas del exudado pleural, nos reafirma en el supuesto diagnóstico de pleuritis urémica que consideramos como mas que probable durante la realización de la primera toracoscopia.

La decisión de realizar una pleurodesis química con talco, tras la evacuación completa del exudado hemático, se tomó considerando la edad del paciente, a fin de evitarle repetidas toracocentesis y las complicaciones que frecuentemente se describen en este tipo de situaciones^(5,6,10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ceballos M, Gómez C, Otero R, Real M. Derrame pleural agudo coincidiendo con episodio de peritonitis en un paciente en DPCA. *Nefrología* 1990; 10:215.
- 2- Sahn SA. The Pleura. *Am Rev Respir Dis* 1.988; 138:184-234.
3. Townsed R, Fragola JA. Hydrothorax in a patient receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Arch Intern Med* 1982; 142:1.571-1.572.
- 4.- Berger HV, Rammohan Q Neff MS, Buhain WJ Uremic pleural effusion. A study in 14 patients on chronic dialysis. *Arm Intern Med* 1975; 82:362-364.
- 5.- Galen MA. Hemorrhagic pleural effusion in patients undergoing chronic hemodialysis. *Ann Intern Med* 1975; 82:359361.
- 6.- Light RW. Hemothorax. En: *Pleural Diseases*. Light RW Editor. Lea and Febiger, Philadelphia; 1983: 183, 205209.
- 7- Light RW. Hemothorax. En: *Textbook of Respiratory Medicine*. Murray and Nadel Editors Saunders, Philadelphia; 1988: 1765-1767.
- 8- Nidus BD, Matalon R, Cantacuzino D, Eisinger RP. Uremia and pleuritis; a clinicopathological entity. *N EngUMed* 1969; 281:255-256.
- 9.- Light RW. Cells in pleural fluid. *Chest* 1973; 132:854-860.

10.- Huarte E, Selgas R, Miguel JL et al. Derrame pleural idiopático en urémicos. Estudio a largo plazo. Nefrología 1984; 4:31-35.